

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		M 07.2
Rev.01 del 19/07/2018	DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE	

DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE

FAX 0364/362161

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA _____

PER CURE INTERMEDIE

DATA PREVISTA PER DIMISSIONE OSPEDALIERA _____

Il/la sottoscritta _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA

di essere nata _____ (___)

di essere residente a _____ (___)

in Via _____

tel _____

Codice fiscale _____

Tessera Sanitaria _____

di trovarsi nella condizione socio – sanitaria come da scheda sanitaria allegata

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
	Rev.01 del 19/07/2018	M 07.2
		DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE

STATO CIVILE

- celibe/nubile
- coniugato/a
- separato/a
- divorziato/a
- vedovo/a
- non dichiarato

TIPO DOMANDA

- nuova domanda
- domanda presentata in precedenza
- inserimento avvenuto
- rinuncia temporanea
- rinuncia definitiva
- decesso

SITUAZIONE ABITATIVA

- vive solo
- vive con altri famigliari/convivente
- vive solo con badante
- vive con altri famigliari/convivente e badante
- vive con altre persone (non parenti e non parner)
- informazione non nota

MOTIVO DELLA DOMANDA

- ha perso l'autonomia fisica/psichica
- la famiglia non è in grado di provvedere
- l'alloggio non è idoneo
- altro

FIGLI VIVENTI

maschi: n°

femmine: n°

TITOLO DI STUDIO

ULTIMA ATTIVITA' SVOLTA

PROVENIENZA OSPITE

- direttamente dal domicilio
- struttura psichiatrica
- struttura sanitaria accreditata
- struttura sanitaria non accreditata
- in dimissione da Istituto di riabilitazione
- in dimissione da altro regime di tipologia (CDI)
- dimesso da altra Struttura (specificare il regime)
- altro

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

- si
- in attesa
- no

INOLTRE E' STATO RICONOSCIUTO INVALIDO

- si
- no
- % di invalidità
- in attesa

ASSISTENZA DOMICILIARE

- soggetto in voucher sociale - Comunità Montana
- soggetto in voucher socio sanitario- ADI
- buono socio sanitario

SITUAZIONE PENSIONISTICA

- nessuna pensione
- anzianità/vecchiaia
- sociale
- tipologia speciale (guerra, infortunio)
- reversibilità
- invalidità
- pensione estera (stato _____)
- altro (specificare _____)

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		M 07.2
Rev.01 del 19/07/2018	DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE	

DICHIARA inoltre

<u>INIZIATIVA DELLA DOMANDA</u> <input type="checkbox"/> il soggetto stesso <input type="checkbox"/> familiare o affine <input type="checkbox"/> assistente sociale <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro	<u>TIPOLOGIA ASSISTENZA</u> <input type="checkbox"/> ricovero per CURE INTERMEDIE
--	--

e CHIEDE

di essere ammesso/a in CURE INTERMEDIE

In fede

(firma del richiedente)

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela
Firma			

ALTRE PERSONE OBBLIGATE

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela
Firma			

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela
Firma			

Documenti da allegare alla domanda, debitamente compilati:

- CARTA DI IDENTITA'
- TESSERA SANITARIA